

ANS: só vale mesmo aquilo que consta no rol de procedimentos?

A Resolução Normativa nº 262/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, revê o rol de procedimentos e eventos em saúde, ampliando e estabelecendo novas coberturas obrigatórias. Mas, será mesmo que somente estes procedimentos e eventos têm cobertura obrigatória?

Entrou em vigor no dia primeiro deste mês a resolução normativa que atualizou o Rol de Procedimentos e Eventos em saúde, com significativa ampliação na lista obrigatória.

Em linhas gerais, a ANS melhora a relação entre beneficiários e as operadoras de planos de saúde, tornando mais **complexa** a recusa de tratamento ao especificar a obrigação de cobertura para os procedimentos e eventos listados. Com isso também faz melhorar a relação hospital-paciente-operadora-responsável pela internação.

O rol até então vigente foi ampliado em mais de 60 novos procedimentos, e entre as principais novidades encontra-se a cobertura obrigatória para mais de 41 tipos de cirurgias com o emprego da técnica de

videolaparoscopia, quando o médico assistente optar por utilizar este meio em substituição ao modo tradicional.

Sem sombra de dúvida, a inclusão de novos procedimentos e eventos no rol de cobertura obrigatória facilita a vida do consumidor e deixa expresso aquilo que não pode ser negado. E, se o paciente tem a vida facilitada, também o terá a entidade de saúde que o assiste.

Entretanto, há de se dizer que o rol da ANS não é taxativo. Este – pela própria essência do contrato de planos de saúde – somente pode ser exemplificativo.

O contrato de planos de assistência à saúde é um contrato aleatório, ou seja, é um contrato causal, em que a contraprestação somente se efetivará em caso de eventual fato ou ato que abale a saúde do contratante, que pode até passar uma vida inteira sem necessitar receber quaisquer cuidados para o restabelecimento de sua saúde, sem que o contrato esteja prejudicado.

O objeto do contrato é a garantia de que, caso o beneficiário venha a sofrer de determinada doença, a contratada lá estará para garantir a cobertura do tratamento de saúde necessário para o seu restabelecimento.

Assim, como o rol de procedimentos e eventos em saúde trata dos meios de

tratamento das doenças, nas palavras da própria ANS, o mesmo vem a ser apenas referência básica para cobertura assistencial mínima.

Ora, se o objeto do contrato é a garantia de que, caso o contratante venha a adoecer, a contratada colocará a sua disposição os meios adequados de tratamento para combater a doença que lhe acomete, o que se pode contratar é o tipo de doença que será coberta, nunca o meio de seu tratamento.

Esse é o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, que concluiu o plano de saúde pode estabelecer quais doenças terão cobertura de tratamento, mas não o tipo de tratamento empregado para a tentativa de cura. Se a patologia está coberta não é possível vedar o meio de tratamento.

Emblemática, neste sentido, a decisão **dos** autos do Recurso Especial nº 668.216/SP.

Ora, mesmo antes da vigência do atual rol de procedimentos não era aceitável que as cirurgias por videolaparoscopia deixassem de ser cobertas, quando o consumidor tinha a garantia de que a doença seria tratada. Seria um absurdo se aceitasse que a doença seria tratada por meio de uma cirurgia tradicional e, caso o médico assistente optasse pela técnica de vídeo, a operadora de planos de saúde não teria a obrigação de custear o

procedimento. Isso porque a garantia é do tratamento da doença, bem como, porque a técnica por vídeo, além de mais moderna, menos invasiva é também mais econômica.

Logo, louvável fiquem expressos em um rol a maioria dos procedimentos e eventos à saúde, contudo, referido rol não pode e não deve servir de manto para as operadoras de planos de saúde possam recusar tratamentos para doenças cobertas pelo contrato, calcadas no fato que os tratamentos não constam no referido rol. A título de exemplo, não é crível que seja contratada a garantia para tratamento de doenças cardíacas e não seja coberto um tratamento para referidas doenças porque o mesmo não consta do rol de procedimentos.

É importante frisar, assim, que no contrato somente podem ser estabelecidas as doenças que darão direito à cobertura de tratamento e não o tipo de tratamento que se dará para a tentativa de cura.

Logo, caso o médico assistente venha a prescrever tratamento ou procedimento que não se encontra no rol elaborado pela ANS, desde que este evento seja lícito e reconhecido, a priori, não poderá haver negativa. Assim é que, caso haja negativa da operadora, de pronto, tanto o paciente, quanto o seu responsável devem ser informados desta circunstância para que possam buscar os seus

direitos ou consentir com o tratamento de forma clara e inequívoca, evitando-se, com esta ação, as diversas ações em que os hospitais se vêem envolvidos como réus, quando os pacientes buscam a responsabilização das operadoras pelo tratamento dispensado aos mesmos.

Elencar tipo de tratamento é abusivo e ilegal, portanto, passível de anulação por decisão judicial, mas, toda cautela dos responsáveis pelo tratamento é salutar, vez que, se o paciente ou seu responsável não forem previamente informados de uma situação de negativa de cobertura, o hospital, mesmo prestando o serviço, poderá ficar sem receber a contraprestação devida.

**Gabriel Mesquita Rodrigues
Filho – Janeiro/12**